

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам
интернатуры, ординатуры и дополнительного профессионального образования

Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Специальность Акушерство и гинекология

Направление подготовки ординатура

Вопросы к итоговой (государственной итоговой) аттестации

**Перечень вопросов по практическим навыкам (11 этап итоговой
(государственной итоговой) аттестации)**

1. Акушерские операции при неправильных положениях плода.
2. Амниотомия
3. Ведение физиологических родов
4. Зашивание разрывов промежности 1 и 2 степени
5. Контрольное ручное обследование стенок послеродовой матки
6. Надвлагалищная ампутация матки без придатков
7. Надвлагалищная ампутация матки с придатками
8. Осмотр шейки матки при помощи зеркал
9. Плодоразрушающие операции. Декапитация.
10. Плодоразрушающие операции. Клейдотомия.
11. Плодоразрушающие операции. Краниотомия.
12. Пособия при тазовых предлежаниях.
13. Проведение стерилизации на трубах
14. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок матки
15. Резекция яичника
16. Ручное отделение плаценты и выделение последа
17. Способы остановки кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде
18. Тубэктомия
19. Удаление полипа слизистой цервикального канала
20. Удаление тубовариального образования
21. Удаление яичника
22. Экстирпация матки без придатков
23. Экстирпация матки с придатками
24. Эпизио-, перинеотомия

25. Этапы техники кесарева сечения

Вопросы к итоговой (государственной итоговой) аттестации

Перечень вопросов к 111 этапу итоговой (государственной итоговой) аттестации

1. Адреногенитальный синдром.
2. Альгодисменорея.
3. Аменорея яичникового генеза.
4. Аменорея маточного генеза.
5. Аменорея при патологии щитовидной железы.
6. Аменорея при гиперпролактинемии.
7. Аменорея центрального генеза.
8. Аномалии родовой деятельности.
9. Антигенная несовместимость крови матери и плода по системе ABO и Rh-фактору.
10. Беременность и заболевания крови.
11. Беременность и роды при заболеваниях мочевыделительной системы.
12. Внематочная беременность.
13. Внутренний эндометриоз.
14. Воспалительные заболевания женских половых органов (неспецифические).
15. Воспалительные заболевания женских половых органов (специфические).
16. Геморрагический шок.
17. Гипоксия плода.
18. Дискоординированная родовая деятельность.
19. Заболевания 3-го этапа послеродовых инфекций. Классификация, диагностика, клиника, лечение, профилактика, реабилитация.
20. Заболевания второго этапа послеродовой инфекции. Классификация, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.
21. Заболевания первого этапа послеродовой инфекции. Классификация, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.
22. Заболевания 4-го этапа послеродовой инфекции. Классификация, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.
23. Задержка внутриутробного развития плода.
24. Клинически узкий таз.
25. Косое положение плода. Клиника, диагностика, течение и ведение беременности и родов.

26. Кровотечения в 1-й половине беременности.
27. Кровотечения во 2-й половине беременности.
28. Лактационные маститы.
29. Менструальный цикл.
30. Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища и выпадении матки.
31. Миома матки. Лечение, профилактика, реабилитация.
32. Миома матки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
33. Наружный эндометриоз.
34. Нейро-гуморальная регуляция репродуктивной системы.
35. Неспецифические воспалительные заболевания наружных половых органов.
36. Обезболивание в акушерстве.
37. Операции на матке.
38. Операции на придатках.
39. Острый живот в гинекологии при нарушении питания опухолей и органов малого таза.
40. Перитонит после кесарева сечения.
41. Перитонит послеродовый.
42. Послеродовые септические заболевания. Классификация, этиология, патогенез, принципы лечения, профилактика, прогноз.
43. Предрак шейки матки.
44. Преждевременные роды.
45. Прерывание беременности ранних сроков.
46. Прерывание беременности поздних сроков.
47. Рак матки.
48. Рак шейки матки.
49. Рентгенологические методы исследования в гинекологии.
50. Санитарно-просветительная работа в женской консультации. Формы и методы работы.
51. Синдром поликистозных яичников.
52. Тазовые предлежания плода.
53. Трофобластическая болезнь. Классификация, клиника, диагностика, морфологические формы, пути распространения, варианты и стадии поражения, лечение, профилактика.
54. Тяжелые формы позднего гестоза.
55. Узкий таз.
56. Физиология послеродового периода.
57. Физиология родов.
58. Фоновые заболевания шейки матки.
59. Электрофизиологические методы исследования в акушерстве.
60. Ювенильные маточные кровотечения.

Задачи к 111 этапу итоговой (государственной итоговой) аттестации

Задача 1.

Роженица доставлена в родильное отделение бригадой скорой помощи. Данная беременность третья, первая закончилась нормальными родами, вторая - самопроизвольным абортом. Положение плода продольное, ко входу в малый таз предлежит тазовый конец, родовая деятельность регулярная. В процессе обследования излились околоплодные воды, после чего отмечено урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается выпавшая пульсирующая пуповина. Ягодицы плода в узкой части полости малого таза.

Диагноз? Что должен предпринять врач, ведущий роды?

Задача 2.

Повторнобеременная, 25 лет, поступила в родильное отделение с преждевременным излитием околоплодных вод при сроке беременности 38 недель. В анамнезе одни своевременные роды, закончившиеся наложением полостных акушерских щипцов по поводу тяжелого гестоза. Родовой деятельности нет, АД 150/90 мм. рт. ст., отмечаются пастозность лица и передней брюшной стенки, выраженные отеки ног. Положение плода продольное, тазовый конец подвижен, находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное до 140 уд/мин. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, плотная, канал шейки матки проходим для одного пальца, плодного пузыря нет, тазовый конец плода над входом в малый таз. Мыс крестца недостижим.

Диагноз? Какой метод родоразрешения целесообразнее применить в данной ситуации?

Задача 3.

Роженица находится во II периоде родов в течение 1 ч. Беременность 41 неделя, роды четвертые, предполагаемая масса плода 4200 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 уд/мин. Схватки через 3 мин по 35—40 с. Размеры таза 25—28—31—20 см. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Кости черепа плода плотные, швы и роднички выражены плохо. Мыс недостижим, подтекают воды, окрашенные меконием.

Диагноз? Ваша тактика?

Задача 4.

Роженица находится во II периоде родов 30 мин. АД 120/65 мм. рт. ст. Схватки через 2—3 мин по 50—55 с. Матка не расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте, размеры таза 26—27—33—18

см. Сердцебиение плода глухое. При кардиотокографии выявлены поздние децелерации до 70 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря не удалась из-за механического препятствия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль.

Наиболее вероятный диагноз? Тактика врача?

Задача 5.

На 4-е сутки после родов родильница 32 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38 °С. В родах, в связи с частичным плотным прикреплением плаценты, произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Матка - чувствительная при пальпации, на 12 см выше лона. Молочные железы - умеренное нагрубание.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Какие исследования показаны для уточнения диагноза?

Задача 6.

В родильный дом поступила роженица с доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность в течение 3 ч. Предъявляет жалобы на кровяные выделения из половых путей. Кровопотеря около 150 мл. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Частота сердечных сокращений плода 140—150 уд/мин. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 4—5 см. Плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз, справа и спереди пальпируется нижний край плаценты, выделения кровяные, умеренные.

Диагноз?

Какова тактика дальнейшего ведения родов?

Задача 7.

Первородящая 26 лет, не обследована. Поступила в родильный дом с доношенной беременностью, предъявляет жалобы на умеренные кровяные выделения из половых путей. Схватки слабые, короткие. Тазовый конец плода определяется над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец; за внутренним зевом определяется ткань плаценты.

Диагноз? План ведения?

Задача 8.

У первобеременной на фоне отеков, АД 140/90 мм. рт.ст, во время потуг появились боли в животе, слабость, головокружение, кровяные выделения из половых путей. Пульс участился до 100 ударов в минуту, АД 100/60 мм. рт.ст. Матка напряжена, болезненная при пальпации, больше справа, между

потугами не расслабляется. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода - около 100 уд/мин. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, головка плода в узкой части малого таза. Малый родничок слева, спереди и ниже большого.

Диагноз? План ведения?

Задача 9.

У роженицы 28 лет с преждевременным излитием вод возникла упорная слабость родовой деятельности. Применена активация родовой деятельности, наступила интранатальная гибель плода. Через 10 минут после рождения мёртвого плода самостоятельно отделилась плацента -цела, оболочки все. Матка сократилась, плотная, кровопотеря в течение 10 минут достигла 800 мл, продолжается. Предприняты меры - ручное обследование стенок полости матки, бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки, лёд на низ живота, сокращающие матку средства - эффекта не дали, кровотечение продолжается. Кровь, вытекающая из половых путей, - не свёртывается. Проба Ли-Уайта больше 15 минут.

Диагноз? План ведения?

Задача 10.

Беременная 32 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью. Роды 4-ые, трое предыдущих закончились рождением живых доношенных детей. Третьи роды осложнились кровотечением в послеродовом периоде, было произведено ручное отделение и выделение последа ввиду плотного прикрепления плаценты. Спустя 4 часа от момента поступления произошли роды живой девочкой массой 4200, дл. 52 см. В III периоде была произведена профилактика кровотечения метилэргометрином. Через 3 минуты отделилась плацента и выделился послед, цел. Оболочки все, матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. Через 10 минут из половых путей выделилось ещё 150 мл крови со сгустками. Матка расслабляется. Кровотечение продолжается.

Диагноз? План ведения?

Задача 11.

Беременная А., 33 лет поступила в отделение патологии в плановом порядке, по направлению врача женской консультации при сроке беременности 37 недель. Настоящая беременность П. 2 года назад роды закончились операцией кесарева сечения по поводу клинически узкого таза. Послеоперационный период осложнился эндометритом, по поводу чего проводилась соответствующая терапия. Выписана на 15-й день после операции, вместе с ребенком. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. АД 120/70, пульс 86 уд/мин., ритмичный. На брюшной стенке, по средней линии - рубец после бывшей операции. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода

ясное, ритмичное. При пальпации слева над лоном – углубление в проекции шва.

Диагноз? План ведения?

Задача 12.

Роды III, в срок. В анамнезе диатермокоагуляция по поводу эктопии шейки матки, 2 искусственных аборта, без осложнений, хроническое воспаление придатков матки. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80, пульс 80 уд/мин., ритмичный. Матка плотная, на уровне пупка. Сразу после рождения плода из половых путей появились кровяные выделения. Кровопотеря достигла 300 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет. Проба Ли-Уайта 5'10"

Диагноз? С какими состояниями нужно дифференцировать? Какие мероприятия нужно произвести для остановки кровотечения и уточнения диагноза.

Задача 13.

Многорожавшая, 40 лет. В анамнезе XIII беременностей, IX родов, 2 искусственных аборта, 2 самопроизвольных аборта в сроке 8 и 12 недель, с выскабливанием, без осложнений. Данная беременность XIV, своевременные роды. В начале II периода родов появились умеренные кровянистые выделения из половых путей, внезапно ухудшилось общее состояние, появился холодный пот, АД 80/60 мм. рт. ст., пульс 100 уд/мин. Контуры матки нечеткие. Через переднюю брюшную стенку пальпируются части плода, сердцебиение плода не выслушивается.

Диагноз? План ведения?

Задача 14.

Роды I, в срок. Беременность протекала без осложнений. Воды излились и схватки начались за 6 часов до поступления в родильный дом. При поступлении роженица беспокойна, АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 90 уд/мин., температура 37,1 °C. Рост 165 см, вес 75 кг, размеры таза 25-28-31-17. Окружность живота 99 см, высота стояния дна матки 34 см. Схватки частые, сильные, болезненные, судорожного характера, сопровождаются потугами. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 100 уд/мин. Моча, выпущенная по катетеру, содержит примесь крови. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева, большой родничок справа, ниже малого. Мыс достигается, диагональная конъюгата 10 см. Подтекают воды с примесью крови и мекония.

Диагноз? План ведения?

Задача 15.

В отделение доставлена машиной скорой помощи первобеременная 20 лет. Беременность 7-8 нед. Жалобы на постоянную тошноту, неукротимую рвоту, пищу не удерживает. Слабость, апатия, снижение массы тела на 4 кг за две недели. Состояние больной тяжёлое, истощена, изо рта запах ацетона. Температура субфебрильная, кожа желтушная, сухая. Пульс 110 уд/мин., слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, безболезненный. Диурез снижен до 400 мл в сутки. В крови повышение остаточного азота, мочевины, билирубина, снижение содержания альбуминов, холестерина, калия, хлоридов. В анализе мочи протеино- и цилиндрурия, реакция на ацетон резко положительная.

Диагноз? План ведения?

Задача 16.

Больная, 29 лет, поступила с жалобами на повышение температуры, общую слабость, боли внизу живота. 8 дней назад произведен искусственный аборт, выписана на следующий день после аборта. При обследовании: состояние удовлетворительное, пульс 80 уд/мин., температура 38,2°C. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При гинекологическом исследовании: шейка матки гиперемирована, из цервикального канала – обильные гнойевидные выделения. При пальпации – шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Придатки не определяются. Своды глубокие.

Диагноз? План ведения?

Задача 17.

Больная, 26 лет, доставлена машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический сальпингоофорит в течение 6 лет с частыми обострениями, по поводу которых неоднократно лечилась в стационаре. Заболела несколько дней назад после переохлаждения. При поступлении: состояние удовлетворительное, пульс 88 уд/мин., температура 37,6°C. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет. При гинекологическом исследовании – смещение за шейку матки резко болезненно, тело матки нормальных размеров, ограничено подвижно, чувствительно при пальпации. Правые придатки не определяются. Слева и несколько кзади пальпируется образование, ограничено подвижное, резко болезненное, плотной консистенции, с участками размягчения, размером 4 x 9 см, влагалищные своды уплощены. Диагноз? План ведения?

Задача 18.

Больная, 31 года, госпитализирована в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела. Менструации с 14 лет нерегулярные, обильные, болезненные. Половая жизнь с 20 лет, без предохранения. В 14 лет перенесла плеврит. В течение 3 лет беспокоят боли внизу живота, усталость, временами субфебрильная температура. Дважды – стационарное лечение по поводу воспаления придатков матки. Влагалищное исследование: матка болезненная при тракциях, нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон утолщены, болезненны при пальпации. Параметрии уплотнены. Больной назначен курс антибактериальной терапии ампиоксом + метронидазол. В течение недели состояние больной продолжает ухудшаться, нарастают боли, температура тела не снижается, в связи, с чем произведена диагностическая лапароскопия. При осмотре обнаружено: в брюшной полости 200 мл серозного выпота. Спаечный процесс. Маточные трубы укорочены и утолщены, на их поверхности – кальцинаты, по брюшине - просовидные высыпания.

Диагноз? План ведения?

Задача 19.

Больная 15 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с диагнозом: Подострый двухсторонний сальпингоофорит. Жалобы на боли в левой подвздошной области, с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя нормальная менструация - 2 недели назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. При двуручном ректо – абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа - не увеличены, безболезненные. Слева - придатки без четких контуров, область их при пальпации болезненная.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? План ведения?

Задача 20.

Больная 36 лет. В анамнезе 4 аборта без осложнений, на момент поступления задержка менструации на 4 недели. Заболела остро: появились схваткообразные боли внизу живота, внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы бледной окраски, вялая, пульс 120 уд/мин., АД 80/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастральной области. Притупление перкуторного звука в отлогих местах. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании смещения шейки матки резко болезненны, четко пропальпировать тело матки и придатки не удается из-за напряжения мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность заднего свода, выделений из половых путей нет.

Диагноз? План ведения?

Задача 21.

Больная, 26 лет, доставлена в стационар машиной «скорой помощи» с диагнозом: Острый живот. Жалобы на резкие боли в нижних отделах живота, общую слабость, головокружение. Из анамнеза: 6 месяцев назад диагностирована киста левого яичника. В течение 2-х месяцев принимала оральные контрацептивы. Последняя менструация была 2 недели назад. Кожные покровы и слизистые бледные, температура 37,0°C, АД 70/40 мм. рт. ст. Нб 78 г/л, L 11×10^9 /л, пульс 130 уд/мин., ритмичный, слабого наполнения. Язык суховат. Живот напряжен, резко болезненный при пальпации в нижних отделах. Там же положительные симптомы раздражения брюшины. Выделений из половых путей нет. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: матка не увеличена, плотная, болезненная при пальпации, легко смещаемая. Состояние придатков с обеих сторон определить не представляется возможным ввиду резкой болезненности при исследовании. Своды влагалища нависают, пальпация их резко болезненная. Диагноз? Дифференциальный диагноз? Тактика ведения?

Задача 22.

Больная, 21 года, доставлена в стационар машиной «скорой помощи» с диагнозом: Обострение хронического сальпингоофорита, пельвиоперитонит. Из анамнеза: страдает воспалением придатков с 17 лет. Контрацепция: постинор. Заболела остро, после занятий в тренажерном зале, когда появились боли в левой подвздошной области, которые постепенно усилились с иррадиацией в прямую кишку. Отмечала тошноту, однократную рвоту. Сознание не теряла. Последняя нормальная менструация 2 недели назад. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Температура 37,0°C. АД 100/70 мм. рт. ст., Нб 110 г/л, L 9×10^9 , пульс 90 уд/мин., ритмичный. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, больше слева. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные в нижних отделах живота. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон тяжистые, справа чувствительные, слева – болезненные при исследовании. Своды влагалища глубокие.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? Тактика ведения?

Задача 23.

Больная 54 лет, постменопауза 4 года. В анамнезе – 2 родов и 4 мед. аборта, без осложнений. Последние 4-5 месяцев отмечают увеличение живота. Общее состояние удовлетворительное. АД 140/90 мм. рт. ст., пульс 86 уд/мин., ритмичный. Живот мягкий, несколько увеличен в объеме. Двуручное исследование – наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки без патологических изменений, зев закрыт, матка обычной величины, плотная, несколько смещена влево, безболезненная, придатки слева без изменений, справа в области придатков определяется образование округлой формы, с гладкой поверхностью, ограниченно подвижное,

безболезненное, размером до 9-10 см в диаметре, своды свободные, выделения из половых путей слизистые. При УЗИ – обнаружено округлое образование, исходящее из правых придатков, с ровными краями, анэхогенным содержимым, без каких-либо включений.

Диагноз? План обследования и лечения.

Задача 24.

Больная 32 лет, обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота, больше справа. Боли беспокоят в течение 3-х месяцев.

Из анамнеза: менструации с 15 лет, по 4-5 дней, болезненные. Последние 6 месяцев отмечает нерегулярные менструации. Половая жизнь с 18 лет, одни роды, 2 искусственных мед. аборта. Неоднократно лечилась стационарно по поводу воспалительного процесса придатков матки. При двуручном исследовании: тело матки и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется образование округлой формы до 6 см в диаметре, малоболезненное при пальпации, подвижное. Данные УЗИ исследования: в проекции правого яичника – образование однокамерное, с тонкой капсулой, с гомогенным содержимым.

Диагноз? План ведения? Объем операции?

Задача 25.

Бо льная 35 лет. Жалобы на боли внизу живота, больше справа, тянущего характера. Из анамнеза: менструации с 15 лет, установились через 1,5 года, обильные и болезненные. Из перенесенных заболеваний отмечает хроническое воспаление придатков матки. Боли беспокоят в течение 3-х лет, последние 6 мес. – усилились. При двуручном исследовании: матка и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется округлое образование, мягкоэластической консистенции, до 8-9 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Данные УЗИ: матка и левый яичник без особенностей, правый яичник определяется в виде отдельного анатомического образования, рядом с ним – определяется тонкостенное образование с жидким гомогенным содержимым, округлое, до 8 см в диаметре. Диагноз? План ведения?

Задача 26.

Больная 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли в нижних отделах живота. Менструации с 13 лет, по 4 дня, через 21 день, регулярные, безболезненные, умеренные. Последняя нормальная менструация была 3 месяца назад. Гинекологические заболевания отрицает. Месяц назад больной произведено искусственное прерывание беременности в сроке 8 недель в условиях стационара. Выписана на 2-ой день после аборта, в удовлетворительном состоянии. Через 1 месяц, в день поступления появились ноющие боли внизу живота, которые усилились, превратились в схваткообразные. При объективном осмотре: живот мягкий, болезненный в

нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании – наружный зев закрыт, шейка матки обычной плотности. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, мягкоэластической консистенции, болезненное. Придатки не пальпируются. Своды свободны. Диагноз? Тактика ведения?

Задача 27.

Больная 49 лет, обратилась с жалобами на кровяные выделения из половых путей после коитуса.

В анамнезе 2 родов. 2-е роды осложнились разрывами шейки матки, накладывались швы. Гинеколога посещала нерегулярно. Гинекологический статус – наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища чистые. Шейка увеличена, с рубцовой деформацией. На передней губе шейки матки имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты», 2×2 см, кровоточит при дотрагивании.

При двуручном влагалищно-ректально-абдоминальном исследовании: тело матки обычных размеров, область придатков безболезненная, ампула прямой кишки свободная, слизистая подвижная, инфильтратов и опухолевых образований в малом тазу нет. Выделения после осмотра кровяные, умеренные.

Диагноз? Какова периодичность онкопрофосмотров в данном возрасте? Методы исследования для уточнения диагноза? План ведения? Какой метод остановки кровотечения Вы произвели бы у данной пациентки и почему?

Задача 28.

Больная 32 лет, доставлена в больницу в тяжелом состоянии, с жалобами на боли в животе, рвоту, задержку газов. Боли режущего характера, начались ночью, была кратковременная потеря сознания. Из анамнеза – менструации регулярные, безболезненные. Последняя нормальная менструация - 2 недели назад. Из объективных данных обращает на себя внимание учащение пульса до 110 уд/мин., повышение t° до $37,5^{\circ}$ C, сухой язык, вздутие живота, резкая болезненность при пальпации. Через переднюю брюшную стенку пальпируется опухоль с нечеткими контурами в левой половине живота. Осмотр при помощи зеркал - патологии шейки матки и стенок влагалища не выявлено. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании обнаружено: шейка матки плотная, цилиндрической формы, зев закрыт, матка несколько увеличена, ограниченно подвижная, резко болезненная при пальпации. Через левый боковой свод определяется нижний полюс опухоли тугоэластической консистенции, резко болезненной при движении. Своды свободны. Диагноз? Тактика ведения?

Задача 29.

В гинекологическое отделение доставлена больная 60 лет с жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам. В моче и кале

присутствует кровь. Состояние средней тяжести пульс – 90 /мин, слабого наполнения, АД – 90/60 мм. рт. ст., t 37,2° С. Больная истощена. Кожа и видимые слизистые бледные. Через переднюю брюшную стенку в гипогастральном области пальпируется плотное образование без четких контуров, неподвижное. Гинекологическое исследование: при осмотре при помощи зеркал влагалище укорочено, в куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев». При двуручном абдоминальном влагалищно-ректальном исследовании: влагалище сужено, стенки инфильтрированы, на месте шейки - кратер с плотными краями. В малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающей до стенок таза с двух сторон, неподвижный, чувствительный.

Диагноз? Методы исследования. Чем объяснить наличие болей в левом бедре? Какие профилактические меры применяются в женской консультации для выявления заболевания на ранних стадиях? Какое лечение необходимо провести данной больной?

Задача 30.

Больная 47 лет поступила в стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей. Менструации с 12 лет, по 7 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. В последний год менструации - по 7–10 дней, обильные, со сгустками, болезненные. Половая жизнь с 30 лет. Было 3 беременности: первые две закончились искусственными абортами без осложнений, третья – операцией по поводу правосторонней трубной беременности.

Объективно: состояние удовлетворительное, PS – 100 уд/мин, АД – 120/80 мм. рт. ст. Кожные покровы бледные. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища чистые. На шейке матки на передней губе гиперемия до 3 см в диаметре, при дотрагивании не кровоточит. Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: шейка матки конической формы, движения за шейку безболезненные. Матка увеличена до 6-7 недель беременности, неоднородной консистенции. Придатки не определяются. Выделения кровянистые, умеренные.

Диагноз. Тактика ведения данной больной.